



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TALITA DE SOUZA LOURENÇO

**FATORES AMBIENTAIS DE RISCO PARA QUEDAS EM IDOSOS**

Ceilândia  
2013

**TALITA DE SOUZA LOURENÇO**

**FATORES AMBIENTAIS DE RISCO PARA QUEDAS EM IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) apresentado a Comissão de Graduação para TCCE da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Marina Morato Stival

Ceilândia  
2013

**TALITA DE SOUZA LOURENÇO**

**FATORES AMBIENTAIS DE RISCO PARA QUEDAS EM IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) apresentado a Comissão de Graduação para TCCE da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Prof. Ms. Marina Morato Stival – Orientadora

---

Prof. Ms. Josiane Maria Oliveira de Souza- Banca

---

Prof. Dr. Walterlânia Silva Santos- Banca

## **AGRADECIMENTOS**

Depois de praticamente cinco anos de muitas lutas e conquistas, tenho a possibilidade de pôr em palavras à gratidão de ter concretizado meus esforços, estudos neste trabalho de conclusão de curso. Em primeiro lugar, agradeço a Deus e a Nossa Senhora, que foram e são meu amparo e força na caminhada do dia a dia, principalmente na realização deste trabalho monográfico.

Agradeço a toda a minha família, primeiramente nas pessoas de meus pais Marli e Diógenes que, sempre compreensivos, sempre foram meu amparo e força nos momentos mais difíceis. As minhas irmãs Fábria, Jaqueline e Gleicy e minha pequena sobrinha Maysa que a todo dia me ensinam o que é perseverança, dedicação, apoio e sentido de família.

A minha orientadora, Marina Morato Stival que me acolheu, ensinou, apoiou e acompanhou em todo processo de construção deste trabalho final de curso, fazendo com que me sentisse renovada e motivada a cada orientação.

As amizades que cultivei ao longo de minha vida e no percurso do meu aprendizado, que permanecem eternas em meu coração: Anna Karolynny, Lidiane, Isabela, Janete, Rafael, Junior e Vinícius. Pessoas que me auxiliaram em momentos de dificuldade e felicidade, o meu mais sincero obrigado.

"Enquanto estiver vivo, sinta-se vivo.  
Se sentir saudades do que fazia, volte a fazê-lo.  
Não viva de fotografias amareladas...  
Continue, quando todos esperam que desistas.  
Não deixe que enferruje o ferro que existe em você.  
Faça com que em vez de pena, tenham respeito por você.  
Quando não conseguir correr através dos anos, trote.  
Quando não conseguir trotar, caminhe.  
Quando não conseguir caminhar, use uma bengala.  
Mas nunca se detenha."

*Madre Teresa de Calcutá*

## **RESUMO**

Objetivou-se avaliar os fatores ambientais de risco para quedas em domicílios de idosos moradores de Ceilândia-DF. Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo descritiva exploratória com delineamento transversal, realizada com 191 idosos de Ceilândia que responderam ao inquérito domiciliar do Projeto SABE. Uma análise descritiva foi realizada. Dos 191 idosos entrevistados, a maioria foi do sexo feminino, com idade entre 60 e 65 anos, aposentados, com renda de um a dois salários mínimos e morando com três a quatro pessoas na casa. Em relação aos fatores de risco, a maioria dos idosos deambula, tem por costume ir ao quintal, utilizam chinelos/tamancos durante o dia e a noite, não possuem apoio para entrar/sair do banheiro, tapetes de borracha ou piso antiderrapante no banheiro, barras de apoio no banheiro. As ruas de acesso das casas são planas e não possuem rampa. É possível observar que o trabalho dos profissionais de saúde deve ser voltar para o auxílio de ações que adaptem o ambiente para o idoso e tenham como co-participante o familiar deste, como alicerce dessas mudanças de atitude e do ambiente, sendo assim uma ação conjunta e integrada às necessidades e condições biopsicossociais do idoso.

Descritores: Fatores de risco. Acidentes por quedas. Idoso.

## **ABSTRACT**

This study aimed to assess the environmental risk factors for falls in elderly residents of households Ceilândia-DF. This is a quantitative survey of the descriptive exploratory cross-sectional, conducted with 191 elderly Ceilândia the surveyed household Project SABE. A descriptive analysis was performed. Of the 191 subjects interviewed, the majority were female, aged between 60 and 65 years, retired with an income of two minimum wages and living with three to four people in the house. Regarding risk factors, most seniors wander, is custom to go to the backyard, use slippers / clogs during the day and night, does not have support for enter / exit the bathroom, rubber mats or non-slip floor in the bathroom (65, 4%), grab bars in the bathroom. The access roads to the houses are flat and have no ramp. It can be seen that the work of health professionals should be back to the aid of actions that adapt the environment to the elderly and have co-participant to this family as the foundation of these changes in attitude and environment, so a joint and integrated the biopsychosocial needs and conditions of the elderly.

Descriptors: Risk factors. Accidental falls. Elderly.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
1.1 ENVELHECIMENTO.....	10
1.2 QUEDAS EM IDOSOS .....	11
1.3 ATENÇÃO DE ENFERMAGEM AO IDOSO .....	15
1.4 JUSTIFICATIVA .....	17
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
2.1 GERAL.....	19
2.2 ESPECÍFICOS.....	19
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	20
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	20
3.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA/AMOSTRAGEM.....	20
3.4 COLETA DE DADOS.....	21
3.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	21
3.6 PRECEITOS ÉTICOS.....	21
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
4.1 PERFIL DA AMOSTRA.....	22
4.2 FATORES AMBIENTAIS DE RISCO NO DOMICÍLIO DOS IDOSOS .....	23
4.2.1 BARREIRAS FÍSICAS NO DOMÍLIO DOS IDOSOS .....	26
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>33</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO C- ESCALA DE PFEFFER.....</b>	<b>44</b>



## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU, 1982) o conceito de idoso é dividido de acordo com o desenvolvimento do país. Nos países desenvolvidos são considerados idosos, os indivíduos com 65 anos ou mais, já nos em desenvolvimento são as pessoas que têm 60 anos ou mais, esse conceito foi estabelecido pela Resolução 39/125, na Primeira Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População. Assim sendo o Brasil um país em desenvolvimento, o idoso é aquele que possui 60 ou mais, e é esta população estudada, pois é uma população que requer mais atenção por suas fragilidades advindas do processo que é o envelhecimento.

Aqui também há a necessidade de conceituar a palavra risco, que é descrito por Gomes (2009) e pelo Dicionário Aurélio (2001), como sendo perigo ou possibilidade de perigo. O risco quando aplicado especificamente nas questões relativas a saúde envolve vários aspectos que iram desde o individual ao coletivo, assim podemos perceber a influencia de aspectos como a idade, sexo, situação socioeconômica, ambiente em que reside, entre outros, que influenciaram diretamente no indivíduo que está em risco. Como aos idosos que ao envelhecer ficaram mais propensos a riscos no geral, e especificamente falarei do risco de ocorrer quedas nesta população.

O envelhecimento populacional é na atualidade, um proeminente fenômeno mundial, vivenciado também na população brasileira. No Brasil estima-se que exista, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos e para o ano de 2050 a estimativa é de 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo e a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. A projeção para o Brasil é que no ano de 2020 a população idosa será de mais de 26,2 milhões de indivíduos, ou seja, quase 12,4% da população total, esse fenômeno pode ser explicado por um aumento na expectativa de vida e diminuição da mortalidade dessa população (IBGE, 2011).

Com o aumento no número de idosos no país haverá maior necessidade de programas de prevenção, promoção e tratamentos voltados a este público, pois essa população apresenta fragilidades próprias do processo de envelhecer. É notável que na medida em que se envelhece aumenta a vulnerabilidade, os riscos de agravos e a prevalência de doenças crônicas, que levam a ocorrência de incapacidade nos idosos (CAVALCANTE; AGUIAR; GURGEL, 2012).

De acordo com Pinho et al (2012) as mudanças acompanham o processo natural senescência do ser humano, estas podem ser de cunho físicas, como a diminuição da

capacidade funcional, o desenvolvimento de doenças crônicas, modificações no equilíbrio, enfermidades osteoarticulares, inatividade, dificuldades na visão e audição. Também a diminuição da força dos músculos, que é conhecida por sarcopenia que é uma condição fisiológica do envelhecimento. Esses aspectos podem levar a quedas e também a uma redução da independência do indivíduo, na realização de atividades de vida diária (AVD's) e possível piora na qualidade de vida do mesmo.

Neste contexto destaca-se a ocorrência de quedas em idosos que é um problema evitável e que por não ter um efetivo manejo apresenta uma incidência alta. O cair para o idoso envolve muitas problemáticas, pois o torna mais dependente e pode agravar problemas de saúde já existentes, tornando o processo de envelhecimento mais difícil para o paciente e sua família (RICCI et al, 2010).

A queda na pessoa com mais de 60 anos trará vários danos a saúde, não somente físicos como psicológicos, e também o risco de o idoso cair novamente e assim limitar sua independência. As quedas em idosos produzem importante perda de autonomia, prejuízo à qualidade de vida e trazem custos para o sistema de saúde pública, devido principalmente às internações para tratamento de consequência desses acidentes (CAVALCANTE; AGUIAR; GURGEL, 2012).

Os casos de quedas em idosos tem uma incidência alta, e é um fenômeno mundial, na pesquisa de Buksman et al (2008), esses casos são divididos por faixa etária em as quedas dos idosos com 65 anos, apresentam uma porcentagem de 28 a 35% casos e dos com mais de 75 têm um aumento proporcional com a idade (32 a 42%), o que demonstra o crescimento do número de quedas com o envelhecimento, também apresentam um risco de novamente cair de 60 a 70%. Já as que ocorrem em domicílio correspondem à metade no total de quedas, e também ocasionam internações hospitalares, tendo como consequência tratamento onerosos e muito demorados, o que justifica a importância de realizarem estudos relativos a esta temática, pois não apenas diminuiriam os gastos públicos, mas também proporciona um menor dano psicológico e físico ao paciente.

O ato de cair pode está associado a fatores do ambiente no domicílio e ruas mais próximos ou relativos ao costumes do próprio idoso. O ambiente onde o idoso vive deve apresentar condições que visem a minimizar os riscos de quedas, como a retirada de degraus, tapetes, aumento da iluminação e também a utilização de equipamentos que possam facilitar a deambulação do cliente, como a utilização de barras no banheiro, bengalas e iluminação noturna. O domicílio e suas imediações são segundo Silva et al (2007), locais onde o idoso se

sente seguro, já que apresentam uma familiaridade, por este aspecto pode se tornar um risco, sendo um local em que o cliente deposita uma falsa segurança e não percebem os perigos escondidos ao realizar atividades corriqueiras, como andar a noite pela casa, correr para realizar alguma atividade cotidiana.

Segundo Brito et al (2013), é de suma importância o mapeamento dos fatores de risco que provocam quedas, para a realização de estratégias de prevenção para a população aqui estudada, já que esta apresenta diferenças que vão além de fatores físicos, deve ser um cuidado holístico, integral, e por isso a investigação do que pode ocasionar esse fato é tão importante para que as políticas resultantes sejam efetivas e contemplem boa parte das variáveis que envolvem o idoso, ou seja um cuidado que leve em conta o biopsicossocial.

O trabalho com o idoso deve também perpassar por sua família, sendo uma conscientização de todos que estão envolvidos com o paciente, para que estes percebam as limitações e necessidades do indivíduo em questão, e assim auxiliem as mudanças que devem e iram ocorrer com o envelhecer e as adaptações para evitar episódios de quedas, sem impor ações que possam limitar a independência, tendo assim uma assistência ao idoso mais continua em programas como o Programa de Saúde da Família, que tem uma equipe que acompanha as famílias e deve perceber as fragilidades e adaptações necessárias (SILVA; NATAKATANI; SOUZA; LIMA, 2007).

## **1.1 Envelhecimento**

O conceito de envelhecimento é tido por Santos (2003 pag.78) “como um processo que ocorre durante o curso de vida do ser humano, iniciando-se com o nascimento e terminando com a morte”. São modificações, que envolvem varias dimensões, psicológicas, sociais e biológicas é que são mais ressaltadas na velhice, que é tida por Santos (2010 pag. 1037) como “a última fase do processo de envelhecer humano”. Também é importante ressaltar que o envelhecimento pode ser visto na sua dimensão psicológica, em que o individuo deve adaptar as modificações que ocorrem no seu cotidiano com o passar dos anos.

O envelhecer é um processo natural do ciclo da vida que diminui a independência e qualidade de vida do idoso, e para tentar diminuir a progressão desses fatos, há a necessidade de medidas que visem à prevenção e promoção da saúde para essa população que é tão fragilizada por questões inúmeras de suas próprias condições fisiológicas e patológicas (SPIRDUSO, 2005).

O envelhecimento da população é um dos grandes desafios da saúde pública atual. Nos países desenvolvidos, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida. Já nos países em desenvolvimento esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde para adequar e atender às novas demandas emergentes características do envelhecimento. As mudanças que têm ocorrido na sociedade ocasionam o surgimento de doenças próprias do envelhecimento, sendo cada vez mais frequentes, causando uma demanda crescente por serviços de saúde e que consequentemente aumenta o número de internações hospitalares (CARVALHO, 2007).

De acordo com Kalache (2007), ressalta que as alterações estruturais e funcionais, assim como a existência de doenças sistêmicas predispõem os idosos a diversos acidentes, principalmente quando comparadas àquelas pessoas com grande reserva fisiológica. Apesar dos idosos sofrerem as mesmas lesões que indivíduos mais jovens, apresentam diferenças no que diz respeito à gravidade das lesões, a duração e ao resultado da evolução. A queda é o mecanismo de lesão mais freqüente entre os idosos (40%) e suas conseqüências representam um grande problema para sua saúde.

## **1.2 Quedas em idosos**

As condições do idoso podem ser agravadas por outras variáveis como é o caso das quedas, um dos problemas que vêm tomando grandes proporções como condição geriátrica e que provoca inúmeros agravamentos de saúde para a pessoa da terceira idade (MARIN et al, 2004). De acordo com Organização das Nações Unidas, (2010, apud MENEZES, 2012) as quedas respondem por um terço das mortes por lesão no mundo, que são as lesões que tornam o idoso incapacitado, e levam a uma degeneração da condição física do indivíduo até o óbito.

Segundo Brito et al (2013) Kalache (2007) a definição de queda é: ir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, sendo incapaz de se estabilizar em tempo hábil, envolvendo vários fatores relativos a equilíbrio do indivíduo, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos. Esse acontecimento em pessoas com mais de 60 anos apresentam uma alta incidência e com agravamentos no estado de saúde, que muitas vezes já apresenta debilidade por uma doença ou relacionado ao próprio processo de senescência natural de todos os indivíduos.

O ato de cair para o idoso pode ser muito danoso, vários são os estudos que demonstram a incidência muito elevada dessas ocorrências, um destes fala que cerca de 29% dos idosos caem

anualmente e cerca de 13% destes irão cair mais de uma vez nesse período (NASCIMENTO, 2008). Em outra pesquisa apresenta dados um pouco maiores, com 28% a 35% de quedas em indivíduos com idade superior 65 anos e de 32 a 42% para aqueles possuem mais de 70 anos (KALACHE, 2007).

A queda ocorre por uma série de mudanças fisiológicas, ou seja, inerentes ao ser humano, podendo também estar associadas a processos patológicos. O envelhecer por si só provoca modificações no equilíbrio, postura e locomoção. O equilíbrio no idoso é reduzido, e devido a sua perda e a incapacidade de corrigir tal evento repentino, pode ocorrer a queda como consequência de tontura, desmaio ou superfícies irregulares, objetos no caminho, degraus e etc. Além disso, se ocorrer doenças na coluna vertebral podem promover um efeito degenerativo na postura, por exemplo, como na doença osteoporose. Postura é definida como o alinhamento de várias partes do corpo e é necessária para o ato de andar. A locomoção requer que o idoso, ao caminhar, transfira o centro de gravidade de um pé para o outro, ocorre de maneira mais lentificada pela própria condição do envelhecimento, o que não traz nenhum problema e só será problemática quando acompanhada de uma patologia, ou de algum fator externo que possa promover a queda (SPIRDUSO, 2005).

A incidência elevada de quedas provoca um tratamento oneroso para os serviços de saúde e também problemático para o idoso, pois ele irá ter uma diminuição na qualidade de vida depois do ocorrido, tornara-se mais dependente de um familiar ou cuidador, isolado socialmente por medo de ao deambular cair novamente, o que pode levar a outros danos. Pois, quando o indivíduo com mais de 60 anos cai, não ocorre apenas um dano físico, mais também psicológico. Depois que ocorre a queda o medo de novamente cair fará com que o indivíduo restrinja suas atividades, o que levará a um e diminuição da capacidade funcional e assim consequentemente a uma nova queda, por um falta de exercícios que podem fortalecer a musculatura, para que não aconteça uma “imobilização” do paciente pelo medo (RICCI, GONÇALVES; COIMBRA, 2010).

Após um episódio de queda, o estilo de vida do idoso é alterado, e há uma diminuição da mobilidade devido ao medo de sofrê-la novamente. Esforçando-se para se sentir seguros, limitam suas atividades rotineiras, evitam sair de casa e acabam isolando-se físico e socialmente. Isto contribui para o declínio funcional, perda da auto-estima, uma mobilidade diminuída e consequentemente perda da independência. As quedas em idosos têm como consequências, além de possíveis fraturas e o medo de cair novamente, que afetam diretamente em sua mobilidade, a restrição de atividades, o declínio na saúde, o aumento do risco de

institucionalização e risco de morte (PERRACINI; RAMOS, 2002; ROACH, 2003).

Por ter um aspecto físico e psicológico associados ao ato de cair para o idoso trará muitos malefícios, pois eles estão numa condição fisiológica que leva a gradativas mudanças de hábitos que muitos destes iram apresentar dificuldades para adaptar-se, e na ocorrência de uma queda irá provocar mais dificuldades para o paciente (GAI; GOMES; NOBREGA; RODRIGUES, 2010).

Os tipos mais comuns de danos associados à queda são as fraturas. Essas podem ocorrer nas seguintes localidades, úmero, pulso, pelve e no quadril. Sendo assim graves e podendo gerar diminuição da mobilidade ou até perda total da desta, o que provoca no individuo diminuição de sua independência, podendo agravar estado de saúde e trazer outras complicações, como úlceras de pressão aos que se tornam acamados ou cadeirantes e um extenso período de internação, que pode ocasionar infecções ou risco a outras co-morbidades e levar ao óbito (ROACH, 2003).

A ocorrência de quedas pode levar a lesões que tem uma incidência de aproximadamente 40-60% nestes episódios, sendo 30-50% de menor gravidade, 5-6% mais graves e 5% de fraturas. Estas acarretam mais de 200 mil hospitalizações, sendo a sexta causa de morte nessa população, como já explicado anteriormente (BUKSMAN; VILELA; LINO, 2008).

Diante do exposto, os fatores relacionados às quedas são classificados em intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são relativos às reações fisiológicas, medicação, doença, sexo feminino e quedas anteriores. E os fatores extrínsecos relativos a comportamento e atividades das pessoas idosas e ao meio ambiente, locais que apresentem uma iluminação inadequada ou que não possuem objetos que facilitariam a movimentação do idoso, como corrimão na escada (BRASIL, 2007).

A ocorrência de idosos que caíram mais de uma vez está quase sempre associada a fatores intrínsecos, já os fatores ambientais estão ligados às quedas mais esporádicas, que estão associados à falta de atenção e atividades perigosas (GAI, 2010; GOMES; NOBREGA; RODRIGUES, 2010). Os fatores extrínsecos ou ambientais são riscos evitáveis, que provocam um número maior de ocorrência de quedas em idosos, e se considerar as características de cada indivíduo (como idade e sexo) podem ser mais extensas, ou seja, causam mais incapacidades ao individuo (KALACHE, 2007).

Coutinho (2002) demonstra números que exemplificam a incidência de casos de quedas por causa de fatores relativos ao ambiente (cair ao tropeçar em um objeto, piso molhado), divididos por faixa etária (69 anos 58%; 70-79 anos 62,9% e com 80 anos ou mais apresenta uma incidência de 84,6%) e demonstram que por consequência do avançar da idade esse risco se

torna crescente, já que com essa passagem de tempo provoca uma diminuição fisiológica e maior vulnerabilidade ao idoso.

Em outra pesquisa também com dados semelhantes das 37 quedas analisadas 27 foram relacionadas aos fatores ambientais, como: tropeçar em algum objeto, sapato inadequado, solo acidentado ou escorregadio, piso molhado, escorregar no tapete, estava de meia, a cadeira se quebrou, corroborando assim com necessidade de estudos mais aprofundados sobre esta temática, que são quedas que ocorrem no seu ambiente domiciliar, especialmente quando se percebe a possibilidade de evitar tais ocorrências (NASCIMENTO; VARESCI; ALFIERI, 2008).

Os fatores de risco para as pessoas idosas podem ser imperceptíveis devido a limitações da idade, pois objetos no chão, piso, ou até mesmo a própria cama, podem ser inofensivos ou não, dependendo da situação e da condição em que o idoso se encontra. Se o idoso no meio da noite estiver desatento pode escorregar e cair da cama ou também não conseguir desviar de objetos com a agilidade necessária para não ocorrer à queda (LOPES et al, 2007).

O ambiente onde o idoso vive deve ser seguro, por causa das fragilidades relativas à idade (declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas, e à comorbidade associada às doenças crônicas). Não só o lar do paciente deve ser considerado como ambiente, mais também as ruas, calçadas, acessibilidade da mesma e a iluminação (KALACHE, 2007).

Segundo uma pesquisa realizada por Messias e Neves (2009), a porcentagem de quedas por piso escorregadio é de 65,5%; presença de tapetes em 62,1%; presença de objetos desordenados em 62,1% e armários difíceis de alcançar com 51,7%. Outros aspectos de risco foram considerados como os próprios idosos que se expõem como subir em bancos para limpar armários, entrar em locais escuros, o calçado também pode ser inadequado, ocasionando a queda.

Algumas medidas propostas pela Cartilha do idoso (BRASIL, 2010), para a prevenção de quedas, como a utilização de tapetes antiderrapantes, retirada de objetos que estejam espalhados pela casa, a iluminação adequada (principalmente em espaços públicos), no banheiro, é necessário a retirada de box de vidro, a colocação de barras de apoio e a instalação de vaso mais alto com barras laterais e os armários devem ter uma altura adequada para que não seja preciso o uso de escadas.

Ainda destaca-se a importância de uma articulação entre a família, o profissional de saúde, que aqui podemos destacar o enfermeiro, e o idoso. Fatores relativos à proteção de quedas envolvem uma mudança de comportamento e do ambiente em que esse vive. A enfermagem

deve ser promotora dessas mudanças, por ser um profissional que mais tem proximidade com o paciente, esse aspecto será abordado de forma mais clara no próximo tópico (LOPES et al, 2007).

A família é parte integrante dessas mudanças no ambiente e também perpassa por uma serie de orientações que devem auxiliar o idoso, quanto a um maior cuidado ao executar algumas tarefas e também o uso de utensílios que possam facilitar sua movimentação, como bengala, sapatos adequados, promovendo o bem-estar físico e mental do idoso (LOPES et al, 2007)

Segundo o estatuto do idoso as instituições de saúde devem atender às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda (BRASIL, 2003). Na Política Nacional do Idoso encontra-se, na área de educação, a necessidade de inclusão de conteúdos sobre o envelhecimento nos diversos níveis de ensino, objetivando eliminar preconceitos e produzir novos conhecimentos a respeito deste tema. Sugere-se, ainda, a elaboração de programas educativos, nos meios de comunicação, para informar a população sobre o processo de envelhecimento. Outra ação é o estímulo a programas que adotem modalidades de ensino a distância, adequados às condições do idoso, dando, assim, a devida importância ao ensino da geriatria e da gerontologia na busca de capacitar os profissionais quanto às especificidades do idoso (FELICIANI; SANTOS; VALCARENGHI, 2011)

A queda ocorre devido a uma série de fatores, sendo que nem todos são conhecidos. Eles se modificam em diferentes pesquisas, sendo portanto influenciados por várias situações. É de grande relevância a sua investigação a fim de compreender como a prevenção pode ser realizada e quais os aspectos devem ter maior relevância para a sua efetividade. O ambiente com um máximo de segurança para a população da terceira idade é aquele que facilita a interação entre ele e a sociedade que promove uma adaptação a suas limitações, traz a mudanças de hábitos que levam a melhora da condição física, como atividade física regular, que promove melhoras no equilíbrio. Priorizar a segurança para os idosos é um direito deles como cidadãos que são além de representar uma questão de responsabilidade social. (MESSIAS; NEVES, 2009; RICCI et al 2010).

### **1.3 Atenção de enfermagem ao idoso**

A enfermagem de acordo com Ribeiro e Pedrao (2005) tem o objetivo de auxiliar o



paciente a conseguir satisfazer as suas necessidades e promover um bem estar física e mental ao paciente. O relacionamento interpessoal faz parte do papel da enfermagem para promover uma atenção mais holística.

Para a assistência a saúde do idoso deve ocorrer uma sensibilização do profissional, por ser uma clientela com especificidades a qual requer uma atenção especial, visando perceber como o idoso enxerga o mundo no qual está inserido. Este cuidado deverá ser oferecido pelo serviço de saúde, mais especificamente o profissional que está lidando diretamente com ele, e assim estabelecer maneiras de suprir a necessidade que é exposta pelo cliente (BRASIL, 2007).

A enfermagem deve compreender que o cuidado ao idoso vai além de práticas meramente instrucionais, ele requer uma atenção para além de técnicas e instruções, visando entender o bem-estar e a saúde com um olhar particular, em que o profissional que o recebe deve estabelecer uma relação de confiança, acolhimento e cumplicidade, estabelecendo um vínculo entre o enfermeiro e o paciente que agem juntos na resolução das questões. É necessário descrever como haverá uma valorização interpessoal, tendo por referência a cultura dos idosos e a participação deste nas decisões que serão tomadas (TEIXEIRA, 2007).

A enfermagem precisa compreender como ocorre as dimensões do processo de envelhecimento, para assim prestar uma assistência que vise os vários aspectos das mudanças que acontecem com a pessoa idosa e, portanto, conseguir não impor ou se impor sobre o paciente, respeitando a sua autonomia e independência. Esse aspecto deve ser extrapolado para toda a equipe que estará ligada diretamente ao atendimento ao idoso, sendo de responsabilidade do enfermeiro preparar o técnico e o auxiliar por meio de educação permanente (LENARDT, MICHEL; TALLMANN, 2009).

Com isso a enfermagem é vista como uma importante profissão para trabalhar a prevenção de quedas, por estabelecer muitas vezes uma interação maior com o paciente. A equipe de enfermagem apresenta-se de suma importância no estabelecimento de metas e táticas que possibilitem aos idosos, independente de estarem hospitalizados ou não, institucionalizados ou também os que moram em seus lares, a diminuição de potenciais quedas (SILVA et al, 2007; ROCHA, 1998)

A enfermagem relatada por Santos (2010 pag. 1038), como gerontogeriatrica pode ser a alternativa para uma assistência que requer os casos de risco de quedas, ou a própria queda em si, pois essa se caracteriza por ser “embasada na integralidade do individuo e a autonomia do ser humano idoso”. Isso se dá por da seguinte modo, estímulo para que o idoso cuide de si mesmo, tenha sua independência, a compreender o seu processo de envelhecimento como um momento

natural da vida, promovendo ações educativas para o idoso e sua família, assim diminuir eventuais danos que poderiam ocorrer ao ser humano idoso.

As medidas de prevenção de quedas devem ser identificadas e o profissional precisa perceber as necessidades do idoso, identificando se ele é capaz de tomar decisões. Ao perceber que fatores extrínsecos podem acarretar riscos ao idoso que reside naquele lugar, o enfermeiro deve propor medidas para modificar a situação ou adaptá-la, para assim minimizar a possibilidade de quedas. Para que ocorram realmente as mudanças, o paciente deve compreender os riscos que correm, fazendo com que esse processo de mudança dentro da residência do cliente seja aceito de maneira mais fácil (SILVA et al, 2007).

Outras questões que podem ser trabalhadas para diminuir os riscos da ocorrência de quedas são as relativas à utilização de tecnologias assistidas, como o uso de bengalas, muletas, cadeira de rodas que precisam do auxílio de outras pessoas para a locomoção (LENARDT, MICHEL; TALLMANN, 2009; SILVA et al., 2007).

Como parte do tripé da rede de apoio ao idoso está o profissional de saúde, que deve ter uma capacitação para lidar com os idosos. Além disso, o Estado tem o dever de promover ações que preparem o profissional para se relacionar de maneira efetiva com esse público que apresenta especificidades, e também com o seu familiar. Os profissionais de saúde devem esclarecer os riscos e promover a participação do indivíduo na adaptação de seu ambiente, para que ele consiga se sentir confortável com a mudança, sem coação e assim ele se aproprie dessas mudanças e compreende as suas necessidades e debilidades (MESSIAS; NEVES, 2009).

#### **1.4 Justificativa**

Essa pesquisa vem auxiliar no conhecimento das características da população idosa e assim demonstrar quais são os fatores risco no ambiente destes, que pode vir a provocar quedas. Como no nosso país há um número reduzido de conhecimento voltado a este assunto, este vem se somar para auxiliar nessa abordagem voltada aos riscos, principalmente em relação ao ambiente em que o indivíduo em questão mais conhece e realiza suas atividades diárias (BRITO et al, 2013).

Conhecer e compreender os fatores de risco para quedas em idosos pode direcionar o planejamento de cuidados da equipe de saúde que atua na prevenção de agravos e na realização de estratégias de promoção da saúde. Essas estratégias visam interromper uma série de acontecimentos, como a própria queda e a provável hospitalização desse idoso, a retirada deste

de um convívio social e também a imobilidade além de danos psicológicos, como o próprio medo de cair novamente e isolamento (CARVALHO, 2007).

Por isso trabalhos como este e outros relativos à queda podem e devem contribuir para compreender os fatores ambientais, que sendo modificados podem melhorar a qualidade de vida e possibilitar a independência do paciente. Ele também demonstra a importância da atuação do profissional de saúde, em especial do enfermeiro, quanto a sua influência e participação efetiva na realização de estratégias que possam promover uma menor incidência de quedas nesta população. E assim evitar que tal problema acarrete em grande prejuízo para estas pessoas que se encontram em uma fase tão peculiar do desenvolvimento humano, e que necessitam de atenção diferenciada. Outra importante repercussão deste estudo está em evitar o dispêndio de recursos públicos que estes acidentes causam, como gastos com atendimento, medicação, internação extensa e mesmo a institucionalização.

Com este trabalho será possível a visualização da importância da atenção básica, e como esta pode contribuir para uma melhor abordagem ao nosso cliente alvo e também o seu familiar, não esquecendo a necessidade de conscientizar a sociedade quanto a aspectos que envolvem os riscos de quedas e o que pode ser modificados para evitar tais quedas, e assim buscar maior qualidade de vida para essa população.

Essas pesquisas vêm com o intuito de promover um enriquecimento a cerca do tema, e também trouxe um crescimento pessoal e profissional, com a compreensão das dificuldades e necessidades da população estudada e o diferencial que o profissional pode realizar em suas ações de saúde para uma melhor e mais integral assistência ao paciente.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Avaliar os fatores ambientais de risco para quedas em domicílios de idosos moradores de Ceilândia-DF.

### **2.2 Específicos**

- Descrever o perfil sociodemográfico da população estudada;
- Identificar os fatores de risco por meio de observação do domicílio dos idosos;
- Verificar as barreiras físicas existentes no acesso ao ambiente domiciliar.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva exploratória com delineamento transversal. A abordagem quantitativa é muito utilizada no desenvolvimento das pesquisas descritivas, na qual se procura descobrir e classificar a relação entre variáveis, assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenômenos: causa e efeito. Na pesquisa quantitativa considera-se que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. A pesquisa descritiva visa descrever as características de um objeto de estudo, sem que haja interferência do autor. A pesquisa exploratória é aquela que se caracteriza pelo desenvolvimento e esclarecimento de idéias, com objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. O delineamento transversal é apropriado para descrever a situação e as relações com o fenômeno em um ponto de tempo (PEDRON, 2004; GIL, 2007; VIEIRA; HOSSNE, 2001).

#### **3.2 Local do estudo**

A pesquisa foi realizada em Ceilândia-DF, no Setor Privê. O local conta com uma Unidade de Saúde com uma equipe de Saúde da Família. Todas as casas do setor foram cadastradas na referida Unidade. Após mapeamento das casas a pesquisa foi realizada na casa do idoso por meio de visita domiciliar.

#### **3.3 População/amostra/amostragem**

A população de estudo foi constituída pelos moradores do Setor Privê da Ceilândia que atendiam os seguintes critérios de inclusão: ter idade mínima de 60 anos; ser residente no Setor Privê e aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Foram excluídos da pesquisa 6 idosos com deficiências cognitivas incapacitando-o de responder às perguntas e para tanto inicialmente foi realizada uma avaliação cognitiva por meio da aplicação da Escala Pfeffer ( Anexo C) que possibilita avaliar se o idoso poderá responder as perguntas sozinho, se necessita de ajuda parcial ou total.

A amostragem foi probabilística por conglomerados. A amostra correspondeu a 191 idosos. Somente as casas das quadras ímpares foram visitadas pela pesquisadora. As amostras probabilísticas são consideradas como padrão-ouro na capacidade de generalização. Já a amostragem por conglomerados é definida como uma amostragem aleatória de agrupamentos naturais de indivíduos na população (HULLEY et al., 2008).

### **3.4 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada após autorização pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos de acordo com cronograma previsto.

O procedimento de coleta de dados consistiu na aplicação de um inquérito no domicílio do idoso. Para tanto foi utilizado o Inquérito Domiciliar do Projeto SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) conforme descrito por Lebrão et al (2008). Foi selecionado do inquérito domiciliar somente a seção em que pode-se determinar o perfil demográfico e socioeconômico da população estudada e a que avalia-se o domicílio do idoso (Anexo A). Assim o instrumento original foi adaptado e modificado conforme as necessidades desta pesquisa.

Todas as perguntas foram realizadas pela pesquisadora segundo o instrumento pré-estabelecido e depois de lidas pela pesquisadora a resposta do idoso ou acompanhante foi anotada. Além disso, o instrumento prevê um momento de observação do domicílio do idoso a fim de identificar os riscos ambientais em sua casa.

### **3.5 Análise dos Dados**

Os dados foram analisados pelo software Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 18.0. A análise estatística descritiva foi realizada por medidas descritivas e de dispersão.

### **3.6 Preceitos Éticos**

Este projeto está inserido em um projeto maior denominado “Gerenciamento de determinantes de risco na atenção primária à saúde de idosos residentes em comunidade do Distrito Federal” que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e emitido parecer aprovado pelo protocolo nº 451/10 (Anexo B).

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Perfil da amostra

Foram avaliados 191 idosos sendo a maioria do sexo feminino (56,0%), com idade entre 60 e 65 anos (36,6%), com ensino fundamental completo (60,2%), declarando-se de cor parda (55,5%) e casados (58,6%). A maior parte da amostra é de aposentados (62,3%), com renda de um a dois salários mínimos (55,0%) e morando com três a quatro pessoas na casa (42,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características demográficas e socioeconômicas dos idosos. Ceilândia, 2012.

	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	84	44,0
Feminino	107	56,0
<b>Idade</b>		
60 a 65 anos	70	36,6
66 a 70 anos	52	27,2
71 a 75 anos	30	15,7
> 75 anos	39	20,4
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	71	37,2
Ensino fundamental	115	60,2
Ensino médio	5	2,6
<b>Cor</b>		
Branca	57	29,8
Parda	106	55,5
Preta	23	12,0
Outras	5	2,6
<b>Estado civil</b>		
Casado	112	58,6
Solteiro	20	10,5
Viúvo	45	23,6
Divorciado	14	7,3
<b>Aposentado</b>		
Sim	119	62,3
Não	72	37,7

Renda*		
< 1 SM	54	28,3
1 a 2 SM	105	55,0
> 2 SM	32	16,8
Nº moradores na casa		
Mora sozinho	26	13,6
2	43	22,5
3 a 4	81	42,4
≥ 5	41	21,5

\*SM- salário mínimo de 678,00 R\$, Decreto nº 7.872, de 26 de dezembro 2012

Dos idosos entrevistados, a maioria eram sedentários (62,3%), não fumavam (81,6%), mais um número representativo já foi fumante (62,3%) e não consomem bebida alcoólica (70,6%) (Figura 1).

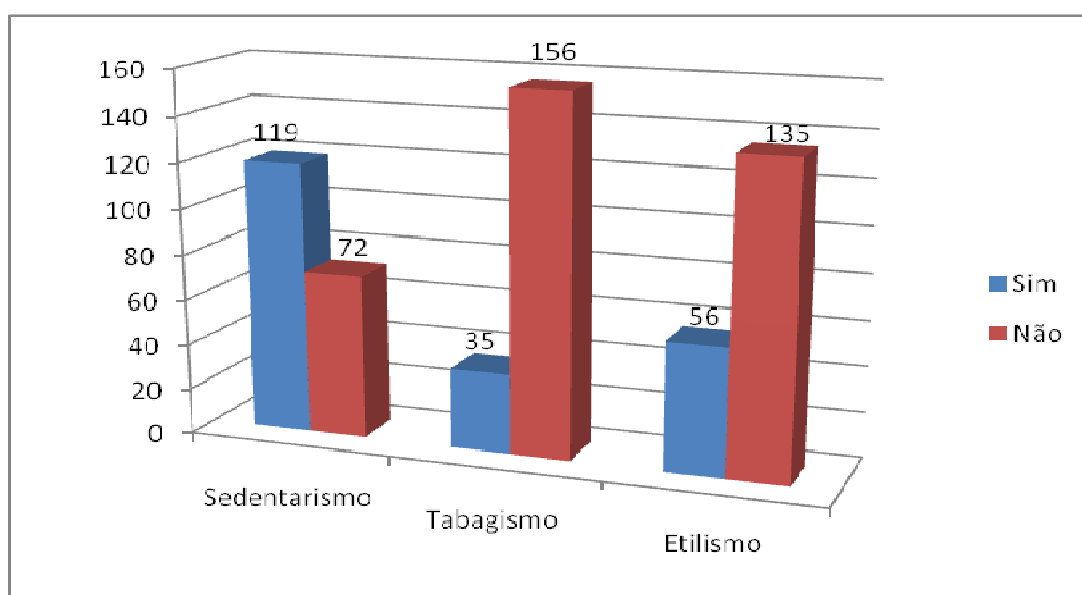


Figura 1 - Características dos idosos de acordo com fatores de risco comportamentais. Ceilândia, 2012.

#### 4.2 Fatores ambientais de risco no domicílio dos idosos

Quanto às características da moradia, foi observado que maioria dos idosos tem casa própria (88,9%), com a água encanada em (99,0%), saneamento básico (99,0%), com um banheiro (98,4%) e apresentam um ou dois quartos (52,4%) (Tabela 2).



Tabela 2 – Características da moradia dos idosos. Ceilândia, 2012.

	N	%
Moradia		
Própria	169	88,4
Alugada	15	7,9
Emprestada	7	3,7
Água encanada		
Sim	189	99,0
Não	2	1,0
Saneamento básico		
Sim	189	99,0
Não	2	1,0
Nº banheiros		
1	188	98,4
2	3	1,6
Nº quartos		
1 a 2	100	52,4
3 a 4	89	46,6
>4	2	1,0

Já em relação aos fatores de risco, a maioria dos idosos deambula (95,8%), tem por costume ir ao quintal (76,5%), utilizam chinelos/tamancos durante o dia (77,5%) e para levantar-se durante a noite (79,1%). Não possuem apoio para entrar/sair do banheiro (79,0%), tapetes de borracha ou piso anti-derrapante no banheiro (65,4%), barras de apoio no banheiro (93,7%). As ruas de acesso das casas são planas (68,1%) na maioria dos locais e não possuem rampa (50,5) (Tabela 3).

Tabela 3 – Fatores ambientais de risco para quedas dos idosos. Ceilândia, 2012.

	N	%
Idoso deambulante		
Sim	183	95,8
Não	8	4,2
Costuma ir ao quintal		
Sim	146	76,5
Não	19	9,9
Casa sem quintal	26	13,6
Calçado que usa durante o dia		
Sapato com solado de borracha	38	19,8
Sapato sem solado de borracha	3	1,6
Chinelos/tamancos	148	77,5
Descalço	2	1,0
Calçado que levanta a noite		
Sapato com solado de borracha	30	15,7
Sapato sem solado de borracha	3	1,6
Chinelos/tamancos	151	79,1
Descalço	4	2,0
Não levanta a noite	3	1,6
Apoio para entrar/sair banheiro		
Em nada	151	79,0
Saboneteira	3	1,6
Toalheiro	2	1,0
Barra de apoio	3	1,6
Outros	32	16,8
Tapete de borracha ou piso antiderrapante no banheiro		
Sim	66	34,6
Não	125	65,4
Barras de apoio no banheiro		
Sim	12	6,3
Não	179	93,7
Rua de acesso a casa		
Plana	130	68,1
Levemente inclinada	52	27,2
Inclinada	8	4,2
Muito inclinada (ladeira)	1	0,5

Rampa para a calçada			
Sim	95	49,7	
Não	96	50,3	

#### 4.2.1 Barreiras físicas no domicílio dos idosos

Na observação dos domicílios onde residem os idosos a maioria apresentou as seguintes características: móveis pesados (51,8%), degraus (45,5%), tapetes soltos (44,5%), apresentam pisos escorregadios (41,3%), escadas na entrada (24,6%), escadas no quintal (18,8%), objetos desordenados (18,3%) (Figura 2).

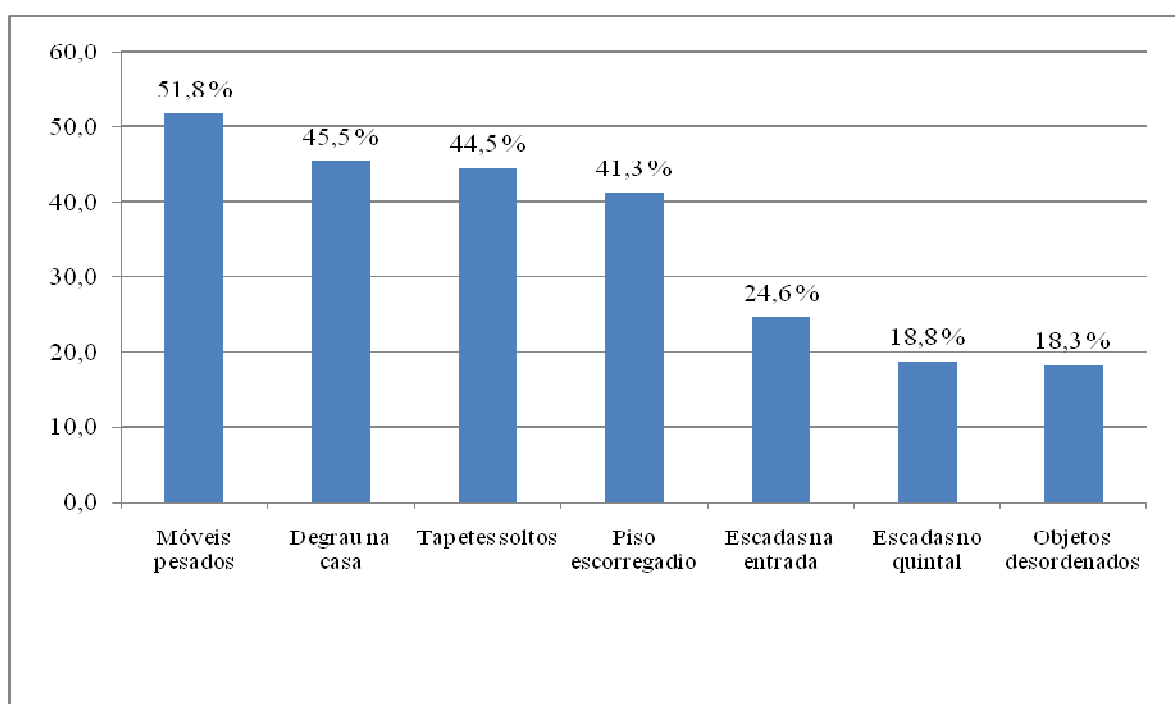


Figura 2 – Distribuição dos fatores de risco para quedas relacionados ao ambiente doméstico dos idosos. Ceilândia, 2012.

## 5. DISCUSSÃO

Neste estudo a maioria dos idosos entrevistados foi do sexo feminino, que é visto como um fator de risco para quedas, pois as mulheres apresentam menor massa muscular em comparação com o sexo masculino na mesma idade e um maior número de comportamentos que levem ao risco, como nos cuidados domésticos (MARIN, 2007; MARIN, 2004; PINHO, 2012).

Outros aspectos como idade, escolaridade e número de moradores representam um panorama significativo dos riscos aos quais estes idosos estão expostos. O risco de quedas em idosos está intimamente ligado ao aumento da sua idade, uma vez que estudos mostram que na faixa etária de 65 a 75 anos ocorre um aumento do número de quedas e o risco aumenta proporcionalmente com a idade avançada (JÚNIOR, 2006; MACHADO, 2009).

A escolaridade é um fator importante em destaque, pois pode dificultar o processo de cuidado prestado, uma vez que o cliente apresenta um menor envolvimento no seu processo de cuidado e prevenção de riscos (MARIN, 2004; GAI, 2010). O morar sozinho é outro fator que pode levar a ocorrência de quedas, mesmo não sendo a maior parte da amostra ainda é muito significativa, com 13,6% de idosos que moram sozinhos. Acredita-se que os idosos sozinhos possuem uma exposição maior aos riscos do ambiente. Alguns estudos demonstram que além da relação com o morar sozinho ou não, ainda observa-se o aumento do número de quedas em idosos que são divorciados, solteiros e viúvos, como também nesta pesquisa há em número significativo de idoso com essas características, onde 10,5% de solteiros, 23,6% de viúvos e 7,3% de divorciados, este sendo em menor número. Isso se justificada por estarem morando só ou terem atividades que podem provocar quedas, principalmente se forem indivíduos do sexo feminino, que se justifica como tido anteriormente pelas suas atividades de cuidado ao lar. (JÚNIOR, 2006; MARIN, 2007; PERRACINI et al, 2002).

Os fatores de risco comportamentais analisados neste estudo foram o sedentarismo, tabagismo e etilismo. O sedentarismo é justificado pelo próprio envelhecer que dificulta na realização de atividade física, que se realizada, pode auxiliar na diminuição de riscos para quedas, por melhorar a capacidade funcional e o enfrentamento do próprio processo de envelhecimento, é necessário que o profissional de saúde considere a individualidade e a condição de cada um para o estabelecimento de exercícios, podendo ser uma ação conjunta com outros profissionais, tendo assim um cuidado mais integral ao indivíduo (RICCCI, 2006; MIRANDA, 2010; JÚNIOR, 2006; BRASIL, 2007).

Já o paciente que foi tabagista e etilista podem ter mais casos de quedas por que está

condição provoca uma diminuição da densidade óssea, que por sua vez aumenta o risco de osteoporose e de fraturas (FREITAS, 2011). Em contraposição a estes dois comportamentos de risco e demonstrados por Froes (2002) que a realização de atividade física irá auxiliar no aumento da massa óssea e assim prevenir contra fraturas, assim sendo este deve ser um aspecto de discussão com o paciente, facilitando a aderência da prática de exercícios contínuos.

Em relação às características de moradia dos idosos, a maior parte da população idosa da pesquisa mora em casas próprias, com água encanada e tem saneamento básico. Esses aspectos, são aqui descritos que são denominados por Silva (2007) como o suporte social, corroboram para uma saúde mental e física mais satisfatória e também pode refletir um aspecto de melhor assistência a essa população, como tal deve ser visto por colaborar com uma visão mais holística do paciente.

Os fatores ambientais de risco para quedas em idosos e as barreiras físicas em seu domicílio são aspectos que segundo Antes (2013), devem ser estudados por serem locais em que apresentam a maior incidência de quedas, principalmente nos momentos de realização de atividades cotidianas que são em sua maior parte modos de o idoso tentar manter a sua independência (como andar, sair da cama à noite), e estes são em sua maior parte fatores modificáveis, ou seja, podem ser influenciado afim de que ocorram menos casos de quedas no ambiente em que o idoso passa a maior parte do dia, seu lar.

Foi observado que os idosos dessa pesquisa possuem no seu ambiente doméstico numeroso fatores que podem predispor a uma queda, como o quintal impróprio, como é caracterizado a seguir. Na pesquisa realizada por Meira (2005) e Lopes (2007), foi visto que 30 e 20%, respectivamente dos quintais apresentam irregularidades no solo, como objetos, móveis, entulhos, entre outros, que podem ser barreiras para a mobilidade e risco diário para o idoso, o que confirma a dificuldade de acesso ao quintal para estes. Também os degraus que estão presentes em 18,8% dos quintais da amostra, podem ser caracterizados como empecilhos para a locomoção, pois os degraus presentes no quintal, assim como escadas correspondem a maior prevalência em fatores ambientais de risco, como é demonstrado no estudo de Marin (2007) em que 61,1% dos idosos tinham degraus no quintal, 45% tinham piso escorregadio e as escadas foram encontradas nos domicílios de 3,9% dos idosos.

Outro fator extrínseco está ligado ao banheiro da casa do idoso, já que este é um local onde observa-se uma proporção de quedas significativa, é de acordo com Schiaveto (2008) que demonstra a ocorrência de quedas no sexo feminino é de 61,5% e no masculino de 38,5% neste local. Assim a inadequação deste ambiente, como pisos escorregadios, sem tapetes

antiderrapantes, vasos sem elevação ou a não colocação de barras de apoio para o auxílio da locomoção do indivíduo podem promover quedas e também aumentar o risco destas. Outros estudos demonstram semelhança com os dados encontrados neste estudo, no qual apresenta 96% e em outro 100% dos idosos que não apresentam barras de apoio no banheiro e 40% não tinham tapetes antiderrapante (BORGES, 2010; PIOVESAN, 2011).

Quanto à locomoção dos idosos em áreas próximas a casa, como nas calçadas, devem proporcionar uma movimentação segura para o indivíduo, apresentando um bom estado, sem irregularidade, obstáculos, piso escorregadio e inclinações, pois esse é um dos aspectos que predispõem a queda nas proximidades do lar do idoso. No estudo de Beck et al (2011), é perceptível a relação entre a queda e a irregularidade das calçadas a qual de 28 idosos, 11 caíram por este motivo.

A adequação das calçadas deve ser essencial e uma das ferramentas para evitar danos à saúde é a construção de um piso mais plano, podendo haver barras de apoio próximo a entradas e subidas, também devem considerar outros aspectos, como é o caso do calçado que o indivíduo está utilizando, já que o ato de cair é multicausal, envolvendo vários aspectos, envolvem o sapato adequado, piso adequado e também mudanças de atitude por parte do idoso que é o mais prejudicado com a falta de adequação dessas variáveis (MEIRA 2005; MENEZES, 2012).

No presente estudo os calçados foram divididos como uso diurno e noturno pelos idosos, porém observou-se que a maioria usa chinelo/tamancos nos dois períodos. Na pesquisa de Gontijo (2011) é observado o uso de calçados, adequados ou não, e também neles o uso de chinelos foi o resultado mais representativo, com 66,7% de idosos que usam esses calçados. Segundo Kikuch (2010) os sapatos podem facilitar a ocorrência de quedas, pois o calçado auxilia na estabilidade da postura, e se este possui saltos, ou sola de borracha podem ocasionar tropeços, que são justificados por não possuírem um bom contato com os pés em movimento, quando o idoso caminha, ou sobe escadas, por exemplo, o chinelo perde o contato com os pés e isso pode ocasionar tropeços ou mesmo a queda.

Os sapatos descritos como adequados, que cumprem o seu papel de proteção e auxiliam na deambulação de acordo com Costa (2011), deveriam ser fechados, com solado antiderrapante, suporte reforçado no calcanhar, de salto baixo, com meia-sola mais fina que o calcanhar, sendo flexível e firme, com amarração e sem pontos de tensão. O uso de um sapato que não traga prejuízo ao idoso é um fator modificável, que deve ser pensado logo inicialmente, por depender apenas do idoso e de sua conscientização de como essa mudança pode diminuir casos de quedas.

Dentre os vários fatores que predispõem a um aumento no risco de quedas, que perpassam

de acordo com esse estudo, por características demográficas e socioeconômicos, fatores de risco comportamentais, características de moradia e fatores de risco ambientais, são aquelas relacionadas com degraus, falta de barras de apoio, inadequação dos banheiros, irregularidades nos pisos e também os calçados do próprio idoso. Em sua maior parte são situações potencialmente mutáveis, claro que devem ter ações conjuntas entre paciente, família e profissional de saúde, visando conscientizar a importância de mudanças de atitude frente a fatores que aumentam os riscos de quedas e como essas podem auxiliar no aumento ou manutenção da qualidade de vida e independência do idoso (ANTES, 2013).

## 6. CONCLUSÃO

A pesquisa aqui desenvolvida veio com objetivo de perceber os pontos de risco no ambiente do idoso para o ato de cair. Pode-se concluir que a maioria dos idosos pesquisados deambula, tem por costume ir ao quintal, utilizam chinelos/tamancos durante o dia e para levantar-se durante a noite, não possuem apoio para entrar/sair do banheiro, tapetes de borracha ou piso antiderrapante no banheiro e barras de apoio no banheiro. As ruas de acesso das casas são planas mas na maioria dos locais e não possuem rampa e a maioria dos domicílios apresentou as seguintes características: móveis pesados, degraus, pisos escorregadios, escadas na entrada, escadas no quintal e objetos desordenados.

Como é um problema que pode ser combatido com prevenção, a necessidade do perfil dos indivíduos, seus hábitos e seu ambiente domiciliar e se esse está adequado para o idoso, irá favorecer no conhecimento do que deve ser modificado, é ser uma ferramenta útil para a conscientização da população em questão auxiliando na elaboração de programas específicos para esse grupo de indivíduos com crescimento cada vez mais representativo em nosso país.

Como promotor direto dessas modificações na vida do individuo aqui relacionado, está o profissional de saúde, mais especificamente a enfermagem, por mais que o trabalho deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, quero destacar o papel desse profissional que normalmente tem uma relação mais próxima do paciente. A equipe de enfermagem por essa ligação mais próxima, consegue perceber de maneira mais clara as dificuldades e mudanças viáveis para cada família e promover um processo de adaptação gradativo fácil para o idoso, assim conseguindo fazer com que este não seja apenas o espectador de seus cuidados relativos a saúde, mais participante ativo de seu cuidado, conhecendo suas limitações e o que pode explorando seu potencial.

Diante do exposto nessa pesquisa é possível perceber que os fatores do ambiente em que os indivíduos residem e suas imediações são localidades com risco de quedas, e estas são situações em que se tiverem mudanças de atitude por parte do idoso e seus familiares podem vir a serem evitadas. Como sendo aqueles com maior proximidade do paciente, a enfermagem deve desempenhar o papel de articulação para as modificações no lar do idoso, e de maneira a respeitar a individualidade de cada um e suas opiniões, visando sempre os aspectos físicos, psicológicos, epidemiológicos e sociais da população em questão.

Essa pesquisa deve algumas dificuldades quanto ao restrito número de trabalhos relativos à temática, o que nos faz observar a necessidade mais trabalhos que visem o idoso e os fatores



que provocam risco de quedas ou comportamentos que levem as mesmas, com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com mais de 60 anos. Também trouxe um enriquecimento profissional a mim, ao observar, estudar e poder ser um agente modificador para a realização de praticas de promoção, prevenção de riscos e comportamentos que levariam a quedas.

## 7. REFERÊNCIAS

- ANTES, D. L. SCHNEIDER, I. J. C. BENEDETTI, T. R. B. D'ORSI, E. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n.4, p. 758-768, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000400013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000400013&script=sci_arttext). Acessado dia 20 de jan. 2013, 15:00.
- BECK, A. P. et al. Fatores associados às quedas entre idosos praticantes de atividades físicas. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 2, p. 280-6, 2011. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a09v20n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a09v20n2.pdf). Acessado dia 25 de mar. 2012; 22:00.
- BORGES, P. S. FILHO, L. E. N. MASCARENHAS, C. H. M. Correlação entre equilíbrio e ambiente domiciliar como risco de quedas em idosos com acidente vascular encefálico. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.13, n.1, p. 41-50, 2010. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232010000100005&lng=pt&nrm=isso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000100005&lng=pt&nrm=isso). Acessado dia 20 de jan. 2013, 14: 30.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [www.portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf](http://www.portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf) . Acessado dia 12 de abr. 2012, 19: 00.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cartilha do Idoso- Acessibilidade e Atendimento Prioritário à Pessoa Idosa**. 2010. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/cpe/cartilha1.pdf> . Acessado dia 12 de abr. 2012, 18: 30.
- BRITO, T.A. FERNANDES, M. H. COQUEIRO, R. S, JESUS, C.S. Quedas e Capacidade Funcional em idoso longevos residentes em comunidade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013. Jan-Mar; 22(1):3-51. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_06.pdf). Acessado dia 12 de maio. 2013, 19: 00.
- BUKSMAN, S; VILELA, A.L.S; LINO, V.S. **Quedas em Idosos: Prevenção**. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Outubro de 2008. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/082.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf). Acessado dia 23 de abr. 2012, 19: 45.
- CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica**. Rio de Janeiro, janeiro de 2002. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/idososalem60/Arq\\_04\\_Introducao.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/idososalem60/Arq_04_Introducao.pdf). Acessado dia 20 de jan. 2013, 15:00.
- CARVALHO, A.C.S. Necessidades de saúde na perspectiva do idoso acometido de queda em domicílio: contribuições para enfermagem. Programa de Pós-graduação- Mestrado de enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: [http://www.unirio.br/propg/posgrad/stricto\\_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertaco](http://www.unirio.br/propg/posgrad/stricto_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertaco)

es/Disserta%E7%F5es%202007/Necessidades. Acessado dia 20 de jan. 2013, 18:00.

COSTA, A.G.S. SOUZA, R. C. VITOR, A. F. ARAUJO, T. L. Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 13, n. 3, p. 395-404, jul/set, 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a04.htm>. Acessado dia 23 de mai. 2012, 20:01.

COUTINHO E.S.F; SILVA S.D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Cad Saúde Públ.**, v.18, p. 1359-66 Set/Out, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11009.pdf> . Acessado dia 23 de mai. 2012, 21:35.

CAVALCANTE, A. L. P; AGUIAR, J. B; GURGUEL, L. A. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 15, n. 1, p. 137-146. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1809-982320120001&lng=pt&nrm=is](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1809-982320120001&lng=pt&nrm=is). Acessado dia 23 de out. 2012, 20:35.

DECRETO Nº 7.872, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/portalarh/institucional.asp?idRegistro=1410&idRegistroSM=44&idRegistroML=0&acao=D>. Acessado dia 20 de mai. 2013, 18:15.

FELICIANI, A. M; SANTOS, S. S. C; VALCARENGHI, R. V. Funcionalidade e proposta de ações de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 16 n. 4 p. 615-21, Out/Dez, 2011. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/22456/17047>. Acessado dia 20 de mai. 2013, 18:30.

FERREIRA, A. B. H. Minidicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 4º ed. Rev. p. 610, 2001.

FREITAS, R et al. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Rev. bras. Enferm.**, 2011, v.64, n.3, p. 478-485, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000300011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000300011&script=sci_abstract&tlng=pt). Acessado dia 22 de mai. 2013, 15:13.

FROES, N. D. T. C. PEREIRA, E. S. NEGRELLI, W. F. Fatores de risco da osteoporose: prevenção e detecção através do monitoramento clínico e genético. **Acta ortop. bras.**, v.10, n.1, p 52-56, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v10n1/a07v10n1.pdf%E2%80%8E>. Acessado dia 22 de mai. 2012, 19:00.

GAI, J; GOMES, L; NOBREGA. O.T; RODRIGUES. M. P. Fatores associados a quedas em mulheres idosas residentes na comunidade. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n. 3, p. 327-332, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302010000300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000300019). Acessado dia 22 de mai. 2013, 19:38.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, V.L.O; MENDES, F.R.P. Representações de adolescentes luso-brasileiros acerca do conceito de "risco": subsídios para a atuação de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** 2009; v.11 n 3, p.

688-94. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a29.htm>. Acessado dia 10 de jul de 2013.

GONTIJO, K. C. P. FORMIGA . **Proposta de intervenção na prevenção de quedas dos idosos no ambiente familiar.** Minas Gerais, 2011. Disponível em: [www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3129.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3129.pdf). Acessado dia 22 de mai. 2012, 16:13.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do censo demográfico de 2010.** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>. Acessado dia 22 de mar. 2013, 17:19.

JÚNIOR, O. S.F. **Queda de idosos SUS em Uberlândia-MG: epidemiologia e consequências para a saúde.** 2006 [http://www.bdtu.ufu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=798](http://www.bdtu.ufu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=798). Acessado dia 20 de mai. 2013, 22:10.

KALACHE, A. **Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na velhice.** São Paulo 2007. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_prevencao\\_quedas\\_velhice.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf). Acessado dia 22 de mai. 2012, 19:22.

KIKUCH, E.H; BISPO, N. N. C. Fatores Associados a Quedas Durante a Utilização de Escadas por Idosos Institucionalizados. UNOPAR. **Cient., Ciênc. Biol. Saúde**, v. 12, n 2 p.45-50. 2010. Acessado dia 15 de jul de 2012, 15: 50.

LEBRÃO, M.L; DUARTE, Y. A. O. SANTOS, J. L. F. LAURENTI, R. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do Município de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p. 30-45, jul./dez. 2008. Disponível em: [http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02\\_03.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_03.pdf). Acessado em: 25 de mai de 2012, 19:40.

LENARDT, M.H; MICHEL, T; TALLMANN, A.E.C. A condição de saúde de idosas residentes em uma Instituição de Longa Permanência. **Cogitare Enferm.**, v. 14 n. 2 p. 227-36, 2009. Disponível em: [ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/.../10384](http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/.../10384). Acessado dia 23 de mai. 2013, 19:16.

LIMA C.A; TOCANTINS F.R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n. 3, p. 367-73, maio-jun, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/06.pdf> . Acessado dia 22 de mai. 2013, 14:05.

LOPES, M.L.L; VIOLIN, M.R; LAVAGNOLI, A.P; MARCON, S.S. Fatores Desencadeantes de quedas no domicílio em uma Comunidade de Idosos. **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 4, p. 472-7, Out/Dez, 2007. Disponível em: [ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/10073/6925](http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/10073/6925). Acessado dia 19 de abr. 2012, 19: 52.

LOPES R. A ; CARVALHO, B. S. A; MOURÃO, D.M P; DIAS, M.G; MITRE, N.C.D; MACHADO, T.R. et al. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. **Rev. Eletr. Enf.**

v. 11, n.1, p.32-8, 2009. <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>. Acessado dia 18 de abr. 2012, 17: 35. Acessado dia 22 de mai. 2013, 18:16.

MARIN, M. J. S; AMARAL, F.S; MARTINS, I.B; BERTASSI, V.C. Características dos riscos para quedas entre idosos de uma unidade de saúde da família. **Reme : Rev. Min. Enferm.**, v. 11, n. 4, p. 369-374, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a09v57n5.pdf>. Acessado dia 09 de mai. 2012, 17: 34.

MARIN, M. J. S; AMARAL, F.S; MARTINS, I.B; BERTASSI, V.C. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "risco de quedas" entre idosos. **Rev. bras. enferm.**, v. 57, n. 5, p. 560-564, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000500009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000500009&script=sci_arttext). Acessado dia 23 de abr. 2012, 19:55.

MORAIS, G. A. Quedas de idosos em uma clínica-escola: prevalência e fatores associados. **ConScientiae Saúde.**, v. 9 n. 3 p. 381-388, 2010. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/929/92915180006.pdf>. Acessado dia 28 de mai. 2013, 18:17.

MEIRA, E. C et al. Risco de quedas no ambiente físico domiciliar de idosos. **Textos Envelhecimento**, v.8, n.3, p. 381-396, 2005. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282005000300006&lng=pt&nrm=isso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300006&lng=pt&nrm=isso). Acessado dia 22 de fev. 2013, 22:13.

MENEZES, R. L. BACHION, M. M. Ocorrência de quedas e seu contexto num seguimento de dois anos em idosos institucionalizados. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 14, n.3, p. 550-8, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a11.htm>. Acessado dia 22 de mai. 2013, 15:13.

MIRANDA, V.R; MOTA, V. P; BORGES, M.M.M.C. Quedas em idosos: identificando fatores de risco e meios de prevenção. **Rev. Enf. Integrada**, v 3. 2010. <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/08-quedas-idosos-identificando-fatores.pdf>. Acessado dia 22 de mai. 2013, 15:30.

MESSIAS, M. G; NEVES, R. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**;v. 12 n. 2 p. 275-282, 2009. Disponível em: [http://www.crde-unati.uerj.br/img\\_tse/v12n2/pdf/art\\_10.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n2/pdf/art_10.pdf). Acessado dia 20 de abr. 2012, 09: 03. . Acessado dia 22 de mai. 2013, 15:38.

NASCIMENTO F.A; VARESCHI. A. P; ALFIERI F. M. Prevalência de quedas, fatores associados e mobilidade funcional em idosos institucionalizados. **Arquivos Catarinenses de Medicina** v. 37, n. 2, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=499735&indexSearch=ID>. Acessado dia 23 de abr. 2012, 19: 57.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembléia Mundial sobre envelhecimento**: resolução 39/125. Viena, 1982.

PERRACINI, M. R. RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**. v.36, n.6, p. 709-716, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000700008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700008). Acessado dia 12 de abr. 2012, 18: 30.

PEDRON, A. J. Metodologia científica: auxiliar do estudo, da leitura e da pesquisa. Brasília: Edição do autor, 2004.

PINHO, T. A. M de et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. v.46, n.2, p. 320-327, 2012 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200008&script=sci_arttext). Acessado dia 09 de mai. 2012, 18:30.

PIOVESAN, A. C. PIVETTA, H. M. F. e PEIXOTO, J. M. B. Fatores que predispõem a queda em idosos residentes na região oeste de Santa Maria-RS. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online]. v.14, n.1, p. 75-84, 2011. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000100009&lng=pt&nrm=isso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100009&lng=pt&nrm=isso). Acessado dia 09 de mai. 2012, 18:35.

RIBEIRO, M. I. L. C; PEDRAO, L. J. Relacionamento interpessoal no nível médio de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v .58, n. 3, p. 311-315, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2001000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2001000200011&script=sci_arttext). Acessado dia 09 de mai. 2012, 18:40.

RICCI, N. A; GONÇALVES. D.F.F; COIMBRA, I.B; COIMBRA, A.M.V; Fatores associados ao histórico de quedas de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família. **Saude soc.**, v. 19, n. 4, p. 898-909, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000400016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000400016&script=sci_arttext). Acessado dia 18 de abr. 2012, 17: 38.

ROCHA F.L.R, MARZIALE M.H.P. Percepções dos enfermeiros quanto às quedas dos pacientes hospitalizados. **R. Gaúcha Enferm.**, v. 19 n. 2 p.132-141, jul, 1998. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4203/2223>. Acessado dia 2 de mai. 2012, 17: 09.

ROACH, S. S. Introdução á Enfermagem Gerontológica. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2003.

SCHIAVETO, F.V. **Avaliação de risco de quedas em idosos na comunidade**. Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-19122008-153736/pt-br.php>. Acessado dia 3 de mai. 2012, 19:50.

SANTOS, S. S. C. Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin Gerontology and the Edgar Morin presuppositions. **Textos Envelhecimento**. v. 16, n.2, p. 77-91, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/25.pdf>. Acessado dia 09 de mai. 2012, 18:40.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev Bras Enferm**, v. 63,n.6, p.1035-9, nov.-dez, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600025&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600025&script=sci_arttext). Acessado dia 10 de mai. 2013, 18:30.

SILVA, T.M; NATAKATANI, A.Y.K; SOUZA, A.C.S; LIMA, M. C. S. A vulnerabilidade do idoso para quedas: análise dos incidentes críticos. **Revista Eletrônica de Enfermagem.**, v. 9, n. 1 p. 64-78, jan-abr, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a05.pdf>. Acessado dia 12 de jun. 2012, 10: 53.

SPIRDUSO, W.W. **Dimensões Físicas do Envelhecimento**. São Paulo: Manole, 2005.

TEIXEIRA, E. Práticas Educativas em grupo com uma Tecnologia Sócio-Educativa: Vivências na Ilha de Caratateua, Bélem. **Esc Anna Nery R Enferm.** v. 11 n. 1 p. 155 – 9, mar, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a23.pdf> . Acessado dia 12 de abr. 2012, 18: 30.

VIEIRA, S., HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área de saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001. cap. 2, p. 27-48.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**Pesquisa:** Fatores ambientais de risco para quedas em idosos

**Pesquisador responsável:** Marina Morato Stival

O (a) Senhor (a) está sendo convidada a participar do projeto: Fatores ambientais de risco para quedas em idosos, que tem como objetivo de Avaliar os fatores ambientais de risco para quedas em domicílios de idosos moradores de Ceilândia-DF.

O Senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

Sua participação voluntária se dará através da aplicação de um questionário com questões referentes a sua casa. Queremos saber quais são os riscos que sua casa apresenta para você cair. Você deverá responder as perguntas na sua casa com data e horário combinado e tempo estimado de 30min para respondê-los. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília-Campus Ceilândia e podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Professora Marina Morato Stival, na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (UNB) pelo telefone: (61) 3107-8418 , no horário: 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 17:00.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura:

---

Profa. Marina Morato Stival  
Pesquisador Responsável

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



## Anexo A – Instrumento de coleta de dados

### CARACTERIZAÇÃO

Nome do idoso: [\_\_\_\_\_]

Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

Data de nascimento: [\_\_/\_\_/\_\_] Idade: [\_\_\_\_\_] anos completos (conferir com documento)

Nacionalidade	
Naturalidade	
Escolaridade (última série completa)	
Sabe ler e escrever	1. Sim 2. Não
Vive sozinho ou acompanhado (especificar com quem mora)	1. Sozinho 2. Acompanhado [_____]
Número de moradores na casa	
Qual o seu estado civil hoje?	1. Casado 2. Solteiro 3. Viúvo 4. Divorciado 5. Amasiado
Você é aposentado (a)?	1. sim 2. não
Qual é a sua renda?	[_____] reais
Renda familiar	[_____] reais

### CARACTERÍSTICAS DA MORADIA

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1 Esta casa é:	1. própria e quitada em terreno próprio 2. ainda está pagando 3. própria em terreno que não é próprio 4. arrendada ou alugada 5. emprestada 6. outro [_____]
2 Na casa tem: (Anotar um X em caso afirmativo e coloque a quantidade na frente de cada item)	1. geladeira [____] 2. máquina de lavar [____] 3. aquecimento central [____] 4. forno microondas [____] 5. televisão [____] 6. telefone [____] 7. vídeo-cassete [____] 8. rádio, aparelho de som [____] 9. ar condicionado [____] 10. ventilador [____] 11. Fogão 12. DVD [____] 13. Microcomputador [____] 14. Bicicleta [____] 15. Automóvel [____] 16. nenhum
3 Tem água encanada?	1. sim 2. não

4 Sistema de drenagem de esgoto?	1. sim 2. não	
5 Comodo para cozinhar?	1. sim 2. não	
6 Tem coleta pública do lixo?	1. sim 2. não	
7 Banheiro dentro da casa? Quantos?	1. sim [____] 2. não	
8 Número de quartos	[____]	
9 Há quanto tempo você mora nesta casa?	[____] anos	
10 Quando você está em casa, DURANTE O DIA, que tipo de calçado você normalmente usa?	1. sapato com solado de borracha 2. sapato sem solado de borracha 3. Chinelos/tamancos 4. só usa meias 5. fica descalço sem meias 6. outro: [____] 7. idoso acamado	
11 Que tipo de calçado você normalmente usa quando levanta à noite	1. sapato com solado de borracha 2. sapato sem solado de borracha 3. Chinelos/tamancos 4. só usa meias 5. fica descalço sem meias 6. outro: [____] 7. não costuma se levantar a noite 8. idoso acamado	
<b>AVALIAÇÃO DO RISCO AMBIENTAL</b> <b>As perguntas devem ser respondidas de acordo com a observação do entrevistador</b>		
12 O idoso é:	1. Deambulante 2. Acamado 3. Cadeirante	
13 A rua de acesso à entrada principal da casa é	1. plana 2. levemente inclinada 3. inclinada 4. muito inclinada (ladeira)	
14 Há alguma rampa da rua para a calçada próximo ao domicílio do idoso	1. sim 2. não	
15 Na entrada da casa observa-se:	1. só escadas 2. só rampas 3. escadas e/ou rampas SEM corrimão 4. escadas e/ou rampas COM corrimão 5. Não se aplica	
16 O idoso costuma ir ao quintal da casa	1. sim 2. não 3. casa sem quintal	
17 O acesso ao quintal:	1. Apresenta escadas 2. Difícil pela presença de vários objetos no caminho 3. Não apresenta problemas 4. Casa sem quintal	
<b>NAS ÁREAS DE CIRCULAÇÃO DO IDOSO PELA CASA</b> <b>HÁ:</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
18 Piso escorregadio ou encerado?	1	2
19 Tapetes soltos?	1	2
20 Objetos desordenados?	1	2
21 Móveis pesados?	1	2
22 Piso com diferença de nível (degrau)?	1	2
<b>PERGUNTAS SOBRE O BANHEIRO</b>		

.23 Em que você se apoia para entrar/sair do banheiro?	1. em nada 2. saboneteira 3. toalheiro 4. barra de apoio 5. outro [_____]
24 Dentro do seu banheiro existe algum tapete de borracha ou piso anti-deparrante?	1.Sim 2.Não
.25 Dentro do seu banheiro existem barras de apoio?	1. sim 2. não
26 Quantos banheiros existem na casa?	[_____] banheiros

## Anexo B – Parecer do Comitê de Ética



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

Carta Nº 0002/2011 - CEP/SES.

Brasília, 20 de janeiro de 2011.

Ilmoº (a) Senhor(a)

Diretor(a) do(a): HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA (com vistas à Equipe de Saúde da Família do Condomínio Privê) – SES/DF

### Assunto: aprovação projeto de pesquisa – 451/10 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto **GERENCIAMENTO DE DETERMINANTES DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE DO DISTRITO FEDERAL**, em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 20/01/2011

Validade do parecer: 20/01/2013

Pesquisador responsável e telefone: MARINA MORATO STIVAL – (61) 3543-3397

Os dados serão coletados na SES-DF o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

AL/CEP/SES/DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br  
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-907  
BRASILIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE

**ANEXO C- Questionário de atividades funcionais (PFEFFER)****1) Ele (ela) manuseia seu próprio dinheiro?**

0 = Normal

1 = Faz com dificuldade    0 = Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora

2 = Necessita de ajuda    1 = Nunca o fez e agora teria dificuldade

3 = Não é capaz

**2) Ele (ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho (a)?**

0 = Normal

1 = Faz com dificuldade    0 = Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora

2 = Necessita de ajuda    1 = Nunca o fez e agora teria dificuldade

3 = Não é capaz

**3) Ele (ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?**

0 = Normal

1 = Faz com dificuldade    0 = Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora

2 = Necessita de ajuda    1 = Nunca o fez e agora teria dificuldade

3 = Não é capaz

**4) Ele (ela) é capaz de preparar uma comida?**

0 = Normal

1 = Faz com dificuldade    0 = Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora

2 = Necessita de ajuda    1 = Nunca o fez e agora teria dificuldade

3 = Não é capaz

**5) Ele (ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?**

0 = Normal

1 = Faz com dificuldade    0 = Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora

2 = Necessita de ajuda    1 = Nunca o fez e agora teria dificuldade

3 = Não é capaz

**6) Ele (ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão,**

**um jornal ou uma revista?**

0 = Normal

1 = Faz com dificuldade    0 = Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora

2 = Necessita de ajuda    1 = Nunca o fez e agora teria dificuldade

3 = Não é capaz

**7) Ele (ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?**

0 = Normal

1 = Faz com dificuldade    0 = Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora

2 = Necessita de ajuda    1 = Nunca o fez e agora teria dificuldade

3 = Não é capaz

**8) Ele (ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?**

0 = Normal

1 = Faz com dificuldade    0 = Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora

2 = Necessita de ajuda    1 = Nunca o fez e agora teria dificuldade

3 = Não é capaz

**9) Ele (ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?**

0 = Normal

1 = Faz com dificuldade    0 = Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora

2 = Necessita de ajuda    1 = Nunca o fez e agora teria dificuldade

3 = Não é capaz

**10) Ele (ela) pode ser deixado (a) em casa sozinho (a) de forma segura?**

0 = Normal

1 = Faz com dificuldade    0 = Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora

2 = Necessita de ajuda    1 = Nunca o fez e agora teria dificuldade

3 = Não é capaz